

# Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 57

## Thai lạc chỗ



Nhà xuất bản Tổng hợp  
Thành phố Hồ Chí Minh

# Mục lục

## Y HỌC SINH SẢN TẬP 57 – QUÝ I/2021

### THAI LẠC CHỖ

- 04 Thai lạc chỗ: cập nhật phân loại và chẩn đoán  
Hồ Ngọc Lan Nhi, PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan
- 10 Phân biệt thai ngoài tử cung đoạn kẽ, thai góc tử cung và thai ở sừng tử cung  
ThS. BS. Đinh Thế Hoàng và cộng sự
- 15 Một số cơ chế phân tử liên quan đến tình trạng thai lạc chỗ tại vòi trứng  
ThS. Võ Như Thanh Trúc
- 20 Vai trò của đại thực bào trong cơ chế bệnh sinh thai ngoài tử cung  
ThS. BS. Trần Doãn Tú
- 23 Các chất chỉ điểm sinh học trong thai ngoài tử cung hiện tại và tương lai  
ThS. BS. Trần Thị Ngọc Bích
- 30 Phân biệt các trường hợp thai làm tổ gần vị trí nối tử cung với vòi tử cung  
ThS. BSNT. Lê Quang Đò, PGS. TS. Lê Hoàng
- 34 Thai đoạn kẽ  
ThS. BSNT. Dương Văn Sang, GS. TS. Cao Ngọc Thành
- 38 Thai bám sẹo mổ lấy thai: các biện pháp quản lý hiện nay  
BS. CKI Trần Nguyễn Phương An và cộng sự
- 44 Thai ở cổ tử cung  
BSNT. Nguyễn Thị Kim Mai và cộng sự
- 49 Thai ống cổ tử cung: ca lâm sàng tổng quan chẩn đoán và điều trị  
ThS. BS. Lê Nam Hùng và cộng sự
- 54 Thai lạc chỗ ở cổ tử cung và mối liên quan đến hỗ trợ sinh sản  
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Lý Thiện Trung
- 58 Những yếu tố tiên đoán thành công của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 63 Phẫu thuật nội soi trong thai bám vết mổ cũ: triển vọng và thách thức  
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 67 Thai ngoài tử cung đồng thời với thai trong tử cung  
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 70 Tử cung một sừng và thai ở sừng tử cung chột  
BS. Nguyễn Đức Minh Quân và cộng sự
- 74 Nhân một trường hợp thai trong ổ bụng chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Sản Nhi An Giang  
BS. Mai Tấn Đạt, BS. CKII Hồ Thái Phong
- 78 Thai ngoài tử cung và các yếu tố liên quan đến chuyển phôi trong hỗ trợ sinh sản  
CNSH. Nguyễn Thị Ngọc Huệ và cộng sự
- 82 Thai ngoài tử cung: những vị trí hiếm gặp  
BS. Vũ Quốc Hùng, ThS. BS. Hà Tố Nguyễn
- 93 Sinh chọn lọc trước 39 tuần có đáng không?  
BS. CKI Trần Thế Hùng
- 96 Kích hoạt nang noãn nguyên thủy (In vitro Activation – IVA): hướng ứng dụng mới trong điều trị hỗ trợ sinh sản  
ThS. Huỳnh Trọng Kha, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh

### 101 *Hỏi – đáp tình huống lâm sàng*

### 104 *Journal Club*

Đáp ứng tạo kháng thể sau tiêm ngừa vắc xin ở trẻ sinh non

Khởi phát chuyển dạ bằng Foley và nguy cơ sinh non trong thai kỳ kế tiếp: kết quả của nghiên cứu nối tiếp hai thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (PROBAAT-1 và PROBAAT-2)

❧ Mời viết bài *Y học sinh sản* ❧



Y học sinh sản tập 59 – Quý III/2021  
Chủ đề “**Bệnh truyền nhiễm và thai kỳ**”  
Vui lòng nộp bài trước 30/05/2021



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021  
Chủ đề “**Tiền sản giật – Sản giật**”  
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021

# THAI ĐOẠN KẾ

ThS. BSNT. Dương Văn Sang<sup>1</sup>, GS. TS. Cao Ngọc Thành<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Quốc tế Becamex, <sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Huế

## GIỚI THIỆU

Thai đoạn kẽ (Interstitial pregnancy) được định nghĩa là thai ngoài tử cung làm tổ ở đoạn kẽ của ống dẫn trứng. Đoạn kẽ có đường kính 0,1 – 0,7 mm, dài 1 – 2 cm, đây là phần có khả năng co giãn tốt nhất trong các phần của ống dẫn trứng, khi có thai đoạn này phồng lên về một góc làm tử cung lớn bất đối xứng<sup>[10]</sup>.

Thai đoạn kẽ ít phổ biến hơn thai ở vòi tử cung, chiếm tỷ lệ khoảng 2 – 4% tổng số thai ngoài tử cung. Tần suất thai đoạn kẽ vỡ khoảng 13,6%, tỷ lệ tử vong mẹ là 2 – 2,5% và chiếm đến 20% tổng số ca tử vong do thai ngoài tử cung<sup>[7]</sup>. Thai ở đoạn kẽ được một phần cơ tử cung bao quanh, túi thai có xu hướng phát triển lớn hơn và dài hơn theo thời gian, trở nên sung huyết, thường bị vỡ khi thai ở 12 tuần trở đi, do đây là khu vực giàu mạch máu được nuôi dưỡng bởi động mạch tử cung và động mạch buồng trứng nên khi vỡ thường gây mất máu nặng. Khác với thai trong tử cung được lót bởi lớp nội mạc tử cung, thai đoạn kẽ được bao quanh bởi lớp niêm mạc ống dẫn trứng, không có tổ chức màng rụng và lớp đáy màng rụng ngăn cách với lớp cơ tử cung nên khi làm tổ các nguyên bào nuôi phát triển xuyên qua lớp niêm mạc của ống dẫn trứng và xâm lấn vào lớp cơ rồi đến lớp thanh mạc, dẫn tới vỡ ống dẫn trứng<sup>[2]</sup>.

Yếu tố nguy cơ của thai đoạn kẽ bao gồm: tiền sử thai ngoài tử cung, phẫu thuật cắt vòi tử cung 1 hay 2 bên trước đó, thụ tinh trong ống nghiệm và tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục. Trong các trường hợp thai đoạn kẽ, có đến 46% phụ nữ có tiền sử sau điều trị hỗ

trợ sinh sản (Hiersch và cs, 2014). Với tỷ lệ thụ tinh ống nghiệm ngày càng tăng, tỷ lệ thai đoạn kẽ cũng gia tăng theo. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp thai đoạn kẽ, khó xác định được yếu tố nguy cơ rõ ràng<sup>[4]</sup>.

## TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng của thai đoạn kẽ bao gồm trễ kinh, đau vùng chậu và ra máu âm đạo. Tử cung lớn không cân đối có thể phát hiện qua khám bằng tay, tuy nhiên cần thận trọng vì dấu hiệu này có thể gặp trong trường hợp có thai trên tử cung dị dạng. Một phân tích gộp của Yassin và cộng sự, năm 2017, trên 107 trường hợp thai đoạn kẽ cho thấy: đau bụng xuất hiện trong 54,5% trường hợp, ra máu âm đạo 22,7% và không có triệu chứng là 20,5%<sup>[10]</sup>.

## CHẨN ĐOÁN

Thử thách lớn nhất trong chẩn đoán thai đoạn kẽ là phân biệt với thai trong tử cung lệch tâm, vì thái độ trong việc tiếp cận, quản lý và kết cục khác nhau nên cần xác định rõ chẩn đoán trước khi can thiệp.

Thai làm tổ ở vị trí nối tử cung và ống dẫn trứng ở góc tử cung có thể chia thành<sup>[7]</sup>:

Thai ngoài tử cung (thai nằm bên ngoài khoang nội mạc tử cung): thai ở đoạn kẽ (Interstitial pregnancy) thuộc nhóm này.

Thai trong tử cung lệch tâm (Eccentric pregnancy): là trường hợp thai làm tổ ở góc bên trên của khoang nội mạc hoặc ở sừng tử cung, gồm thai ở góc tử cung (Angular pregnancy) và thai ở sừng tử cung (Cornual pregnancy).

### Thai ở đoạn kẽ (Interstitial pregnancy)

Chẩn đoán thai ở đoạn kẽ chủ yếu dựa vào siêu âm. Năm 1990, Timor Tritsch lần đầu đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán thai ở đoạn kẽ trên siêu âm: (i) buồng tử cung trống, (ii) túi thai nằm tách rời ít nhất 1 cm tính từ khoang nội mạc của tử cung, (iii) Lớp cơ tử cung bao quanh khối thai < 5 mm. Tiêu chuẩn này được chứng minh có độ đặc hiệu tương đối cao (90%). Sau đó, một số tác giả bổ sung thêm “dấu hiệu đường kẽ – interstitial line sign” vào tiêu chuẩn chẩn đoán, là một đường tăng âm mở rộng từ góc bên của cơ tử cung và hướng về phía khối thai ngoài tử cung, theo Ackerman và cộng sự, dấu hiệu kẽ có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 98%. Việc thêm tiêu chí mới này vào tiêu chuẩn của Timor Tritsch, theo đánh giá của Grant và cộng sự, độ nhạy chẩn đoán là 80% và độ đặc hiệu là 90%. Tuy nhiên, nhiều nhà siêu âm đồng ý rằng đường này rất khó được quan sát và thường không hữu ích trong chẩn đoán<sup>[2,3,7]</sup>.

Năm 2017, Grant và các cộng sự nghiên cứu cách tiếp cận để phân biệt giữa thai trong tử cung lệch tâm và thai đoạn kẽ bằng cách đề xuất áp dụng “dấu hiệu túi đôi – double sac sign” đặc trưng cho thai trong tử cung lệch tâm. Dấu hiệu này đầu tiên được mô tả vào những năm 1980, dấu hiệu này do phản ứng màng rụng tạo nên, là một dấu hiệu thai sớm trong tử cung. Các tác giả này báo cáo rằng một nửa số trường hợp mang thai lệch tâm có khả năng bị xác định nhầm là thai đoạn kẽ và sử dụng “dấu hiệu túi đôi” để phân biệt một cách đầy hứa hẹn với độ nhạy 95% và độ đặc hiệu là 100%<sup>[7]</sup>. Dấu hiệu túi đôi là hình ảnh một dải cơ tử cung kém âm nằm dọc bờ trong của túi thai, nằm giữa khoang nội mạc tử cung và viền tăng âm của túi thai ngoài tử cung. Lớp cơ tử cung này làm cho sự tách biệt rõ ràng hơn của túi thai so với nội mạc tử cung. Một dấu hiệu khác đó là hình ảnh Doppler màu cho thấy một vòng mạch xung quanh túi thai ngoài tử cung. Siêu âm 3D rất có ích trong việc phân biệt một thai ngoài tử cung đoạn kẽ và các dạng khác của thai sừng<sup>[2]</sup>.

Cộng hưởng từ hữu ích nếu hình ảnh siêu âm không kết luận được. Trong trường hợp túi thai ở góc tử cung đã có phôi, tim thai và bệnh nhân đang mong con, việc phân biệt đặc biệt quan trọng vì 1 thai trong tử cung ở góc có thể tiếp tục theo dõi thai kỳ trong khi thai đoạn kẽ lại cần phải chấm dứt thai kỳ. Theo Bollig và cộng sự, năm 2020, kết cục thai kỳ ở góc tử cung khá tốt, với 80% trường hợp sinh sống và tỷ lệ sẩy thai khoảng 20%. Năm 2007, Bourdel và cộng sự đưa ra 3 tiêu chuẩn chẩn đoán trên cộng hưởng từ: (i) túi thai nằm lệch khác thường, (ii) mô cơ tử cung bao quanh khối thai với độ dày < 5 mm, (iii) dấu hiệu đường kẽ nổi nội mạc tử cung với khối thai. Tuy nhiên, giá trị của tiêu chuẩn này chưa được nghiên cứu rõ ràng<sup>[8]</sup>.

### Thai ở góc tử cung (Angular pregnancy)

Năm 1898, thuật ngữ “Angular pregnancy” được sử dụng lần đầu tiên bởi tiến sĩ Howard Kelly, tác giả định nghĩa thai ở góc tử cung là “sự làm tổ của phôi vào giữa chỗ nối tử cung – vòi tử cung, trong phần góc bên của khoang nội mạc tử cung”. Năm 1981, Janson và Elliot thấy rằng các thuật ngữ thai ở góc và ở đoạn kẽ được sử dụng đồng nghĩa để chỉ thai trong tử cung lệch tâm. Để làm rõ sự khác biệt giữa hai loại này một nỗ lực nhằm đánh giá mối liên quan vị trí làm tổ của thai với dây chằng tròn: sự mở rộng tử cung sang bên góc tử cung khi thai làm tổ ở góc tử cung làm vị trí giải phẫu dây chằng tròn bị đẩy lên trên và ra ngoài, thai ở đoạn kẽ làm phồng lên tại vị trí làm tổ nên nằm phía ngoài dây chằng tròn. Các nhà lâm sàng sử dụng vị trí tương quan của khối thai so với dây chằng tròn trong lúc phẫu thuật để chẩn đoán phân biệt giữa thai đoạn kẽ và thai ở góc tử cung<sup>[7]</sup>.

Bollig và cộng sự nghiên cứu trên 42 trường hợp thai ở góc tử cung vào quý một thai kỳ và đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên siêu âm đầu dò âm đạo: (i) tử cung bình thường (không phải là tử cung dị dạng một sừng, hai sừng hoặc có vách ngăn); (ii) vị trí làm tổ của phôi ở một góc tử cung, ngay vị trí nối của ống

dẫn trứng và tử cung; (iii) độ dày cơ tử cung từ túi thai đến bờ ngoài tử cung không quá 1cm; (iv) dấu hiệu viêm nội mạc tử cung xung quanh túi thai; (v) không có “dấu đường kẻ”<sup>[3]</sup>. Tình trạng này do sự làm tổ ở góc bên cao hoặc góc của khoang nội mạc tử cung và đưa tới hình ảnh của một túi thai lệch tâm, điều này đã được gọi nhầm là thai ngoài tử cung<sup>[2]</sup>.

### Thai ở sừng tử cung (Cornual pregnancy)

Năm 1952, Johnston và Moir dùng thuật ngữ “Cornual pregnancy” để mô tả thai ở sừng tử cung<sup>[7]</sup>.

Thai ở sừng tử cung gồm: (i) sự làm tổ xảy ra ở sừng thoái triển được gắn vào tử cung, một sừng bất thường “hình quả chuối”, sừng này hiếm khi thông với khoang nội mạc tử cung chính, dẫn tới dẫn tới vỡ sừng thoái triển xuất huyết nặng và làm chết thai, mô nhau bám chặt bất thường có thể gặp; (ii) túi thai nằm trong một sừng của tử cung hai sừng, loại này chiếm tỷ lệ 25% các bất thường tử cung và tỷ lệ sẩy thai thấp hơn so với tử cung có vách ngăn, (iii) túi thai trong sừng của tử cung có vách, loại này chiếm 55% các bất thường tử cung và có tỷ lệ sẩy thai cao<sup>[2]</sup>.

Tiêu chuẩn chẩn đoán thai đoạn kễ trên siêu âm<sup>[7]</sup>:

- Buồng tử cung trống.
- Túi thai nằm tách rời ít nhất 1cm tính từ khoang nội mạc của tử cung.
- Lớp cơ tử cung bao quanh khối thai < 5 mm.
- Hiện diện “dấu đường kẻ” – đường hồi âm dày từ khối thai đến lớp nội mạc lòng tử cung.

### ĐIỀU TRỊ

Xử trí thai đoạn kễ chưa có hướng dẫn cụ thể, chủ yếu dựa vào tình trạng của bệnh nhân (triệu chứng lâm sàng, kích thước khối thai, hoạt động tim thai và nồng độ  $\beta$ hCG), cơ sở vật chất và nhân sự tại cơ sở y tế đó<sup>[1]</sup>.

#### Theo dõi

Trong một số trường hợp thai đoạn kễ kích thước nhỏ được xác định trên siêu âm, xét nghiệm lặp lại nồng độ  $\beta$ hCG sau 48 giờ hữu

ích cho việc xử lý tiếp theo<sup>[1]</sup>. Đây là bước đầu tiên trong theo dõi điều trị thai đoạn kễ, đặc biệt khi nồng độ  $\beta$ hCG giảm sau 48 giờ (bất kể kích thước khối thai và nồng độ  $\beta$ hCG ban đầu), việc điều trị theo dõi nên chấm dứt khi tình trạng lâm sàng xấu đi hoặc nồng độ  $\beta$ hCG sau 48 giờ tăng > 10%<sup>[4]</sup>.

### Nội khoa

Điều trị nội khoa bằng methotrexate (MTX) thai đoạn kễ ngày càng được quan tâm, tuy nhiên do tỷ lệ bệnh thấp nên chưa có nhiều nghiên cứu có mức bằng chứng cao để đưa ra khuyến cáo đủ mạnh trong điều trị. Điều trị nội khoa chỉ định ở các bệnh nhân có lâm sàng ổn định, tuổi thai sớm, đường kính khối thai < 4 cm và nồng độ  $\beta$ hCG < 10.000 UI/ml (Corioni và cộng sự, 2015)<sup>[10]</sup>. Hiện nay, việc lựa chọn đường dùng toàn thân hay tiêm MTX tại chỗ còn đang bàn cãi, liều lượng MTX tiêm tại chỗ thường sử dụng từ 25 – 50mg, liều lượng, phác đồ và theo dõi đáp ứng đường toàn thân tương tự như thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng<sup>[4]</sup>. Điều trị ban đầu bằng phác đồ đa liều được nhiều nhà lâm sàng sử dụng, phác đồ đa liều tỏ ra có hiệu quả hơn so với đơn liều (Barnhart và cs, 2003)<sup>[9]</sup>.

Năm 2019, nghiên cứu hồi cứu của Brincat và cộng sự trên 276 trường hợp thai đoạn kễ, trong đó 148 trường hợp được điều trị nội khoa bằng MTX, tỷ lệ thành công là 85,81% (KTC 95%, 84,17 – 87,45), trong đó tỷ lệ thành công MTX sử dụng đường toàn thân là 79,9% (KTC 95%, 72,68 – 87,29) và tiêm tại chỗ là 97,83% (KTC 95% 93,59 – 100). Theo dõi sát trong quá trình điều trị MTX rất quan trọng, vì có đến 10 – 20% bệnh nhân thai đoạn kễ cần sử dụng đến liều MTX thứ 2 hoặc can thiệp phẫu thuật<sup>[4]</sup>.

Tỷ lệ thành công trong điều trị thai đoạn kễ bằng phương pháp sử dụng MTX đường toàn thân và tại chỗ khác nhau ở các nghiên cứu, hai tỷ lệ này trong nghiên cứu của Delplanque và cộng sự, năm 2020 trên 37 trường hợp thai đoạn kễ lần lượt là: 28,6% và 72%<sup>[6]</sup>. Cassik và cộng sự, năm 2005 nghiên cứu trên 35 trường

hợp thai đoạn kế, tỷ lệ thành công điều trị bằng MTX tại chỗ, toàn thân và theo dõi lần lượt là 91%, 80% và 71%; tỷ lệ bệnh nhân cần phải can thiệp phẫu thuật sau điều trị nội khoa MTX là 14,3%, tất cả bệnh nhân này đều có mức  $\beta$ hCG trên 9.000 IU/L<sup>[5]</sup>. Với phác đồ toàn thân đa liều, tỷ lệ thành công trong điều trị thai đoạn kế từ 66 – 100% (Yermy K và cs, 2004).

Trường hợp có tim thai, tiêm kali clorua 20% vào túi thai qua siêu âm đường âm đạo phối hợp với tiêm bắp 25 mg MTX, một số tác giả kết hợp thêm hút hết dịch ngoại bào của túi thai (Elson và cs, 2016). Điều trị thai đoạn kế thành công bằng cách phối hợp phác đồ MTX đa liều và mifepristone (600 mg đường uống) ở trường hợp có phôi thai và nồng độ  $\beta$ hCG > 10.000 UI/ml đã được báo cáo (Stabile và cs, 2020)<sup>[9]</sup>.

Trong điều trị nội khoa, xét nghiệm giá trị  $\beta$ hCG dùng đánh giá đáp ứng của quá trình điều trị, nồng độ  $\beta$ hCG ban đầu 10.000 UI/ml được nhiều tác giả làm ngưỡng cắt để chọn điều trị nội khoa hay ngoại khoa. Thời gian trung bình để nồng độ  $\beta$ hCG trở về âm tính sau điều trị nội khoa khoảng 47,93 ngày<sup>[4]</sup>.

### Ngoại khoa

Điều trị thai đoạn kế phẫu thuật cắt bỏ khối thai ngoài được lựa chọn đầu tiên vì tỷ lệ thành công cao. Nhiều nghiên cứu gần đây ủng hộ việc nội soi phẫu thuật xẻ góc hơn là cắt góc vì có thể bảo tồn được cấu trúc tử cung, giảm lượng máu mất trong mổ, duy trì được khả năng sinh sản và giảm nguy cơ vỡ tử cung khi mang thai sau này. Năm 2019, nghiên cứu của Brincat và cộng sự trên 128 trường hợp thai đoạn kế được điều trị phẫu thuật, tỷ lệ thành công là 98,1% (KTC 95%, 95,48 – 100), trong đó tỷ lệ thành công phương pháp cắt góc là 99,16% (KTC 95%, 97,51 – 100) và xẻ góc là 98,41% (KTC 95%, 95,3 – 100). Điều trị cắt bỏ góc nên ưu tiên trong trường hợp tuổi thai lớn hoặc kích thước của khối thai > 4 cm (Cucinella và cs, 2014)<sup>[4]</sup>. Phương pháp khâu vòng kiểu miệng túi xung quanh khối thai kết hợp với tiêm 150 – 250 ml

vasopressin 0,02 IU/ml vào cơ tử cung phía dưới khối thai mang lại sự an toàn, hiệu quả và giảm mất máu trong phẫu thuật nội soi được nhiều tác giả sử dụng (HS Moon và cs, 2010).

## KẾT LUẬN

Chẩn đoán thai đoạn kế chủ yếu dựa vào đặc điểm hình ảnh trên siêu âm và cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp thai trong tử cung lệch tâm, đặc biệt thai ở góc tử cung trước khi điều trị. Điều trị không phẫu thuật thai đoạn kế ngày càng được quan tâm, tuy nhiên mức độ bằng chứng của các nghiên cứu chưa đủ để đưa ra khuyến cáo trong thực hành, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị được nhiều nhà lâm sàng lựa chọn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2016). "Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21", BJOG, 123 (13), pp. e15–e55.
- Baltarowich OH (2017). "The Term "Cornual Pregnancy" Should Be Abandoned", J Ultrasound Med, 36 (6), pp. 1081–1087.
- Bollig KJ, Schust DJ, (2020). "Refining Angular Pregnancy Diagnosis in the First Trimester: A Case Series of Expectant Management", Obstet Gynecol, 135 (1), pp. 175–184.
- Brincat M, Bryant-Smith A, Holland T K, (2019). "The diagnosis and management of interstitial ectopic pregnancies: a review", Gynecological Surgery, 16 (1), pp.
- Cassik P, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Lee C, et al, (2005). "Factors influencing the success of conservative treatment of interstitial pregnancy", Ultrasound Obstet Gynecol, 26 (3), pp. 279–282.
- Delplanque S, Le Lous M, Flevin M, Bauville E, et al, (2020). "Effectiveness of conservative medical treatment for non-tubal ectopic pregnancies: a multicenter study", J Gynecol Obstet Hum Reprod, pp. 101762.
- Finlinson AR, Bollig K J, Schust D J, (2020). "Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations", Fertil Res Pract, 6 pp. 8.
- Fylstra DL, (2012). "Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment", Am J Obstet Gynecol, 206 (4), pp. 289–299.
- Stabile G, Romano F, Buonomo F, Zinicola G et al, (2020). "Conservative Treatment of Interstitial Ectopic Pregnancy with the Combination of Mifepristone and Methotrexate: Our Experience and Review of the Literature", Biomed Res Int, 2020 pp. 8703496.
- Yassin AS, Taha MS, (2017). "Interstitial ectopic pregnancy, diagnosis and management: a case report and literature review", 1352 pp.

Tiếp theo bài  
ở trang 22 → VAI TRÒ CỦA ĐẠI THỰC BÀO  
TRONG CƠ CHẾ BỆNH SINH ...

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược TPHCM (2018). "Thai ngoài tử cung", Bài giảng sản khoa TBL Y4, Nhà xuất bản Y học, tr. 104-106.
- A. Tonello, G. Poli (2007). "Tubal ectopic pregnancy: macrophages under the microscope", Human Reproduction, 22 (10), pp. 2577–2584.
- Balasubramaniam ES, Van Noorden S, El-Bahrawy M, (2012) "The expression of interleukin (IL)-6, IL-8, and their receptors in fallopian tubes with ectopic tubal gestation", Fertil Steril, 98:898–904.
- Daponte A, Pournaras S, Deligeorgiou E, Skentou H, Messinis IE (2012) Serum interleukin-1beta, interleukin-8 and anti-heat shock 60 Chlamydia trachomatis antibodies as markers of ectopic pregnancy, J Reprod Immunol; 93:102–108.
- Xia Wang, Cheuk-Lun Lee, Raymond H W Li et al (2019) "Alteration of the immune cell profiles in the pathophysiology of tubal ectopic pregnancy", Am J Reprod Immunol; 81(4):e13093.